

## Anmeldung Wöchnerin

Name	Vorname
Lediger Name	Nationalität
Strasse	PLZ/Ort
Tel. Privat	Tel. Geschäft
Tel. Mobil	Heimatort
Geburtsdatum	Konfession
Zivilstand	Beruf
Einweisender Arzt / Hebamme (Name + Praxisort)	
Errechneter Termin	Hausarzt
<b>Wer soll im Notfall benachrichtigt werden?</b>	
Ehemann / Partner	Tel.
Eltern	Tel.
Weitere	Tel.
<b>Versicherung:</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Bitte Kopie des aktuellen Versicherungsausweises, bzw. Versicherungspolice beilegen</li><li>• Bei Wohnort ausserhalb des Kantons Bern bitte Versicherungsdeckung direkt mit der Krankenkasse klären</li></ul>	
KK Grundversicherung	Mitglieder-Nr.
Zusatzversicherung	Mitglieder-Nr.
<b>Kind:</b>	
Bei welcher Krankenkasse ist ihr Kind angemeldet?	
Ort, Datum	Unterschrift